

# 能力開発セミナー受講申込書

港湾職業能力開発短期大学校横浜校

【申込先】 FAX 045-623-7171

TEL 045-621-5932

港湾職業能力開発短期大学校横浜校長 殿

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認の上、申込みます。

コースNo.	受講コース名	コース開始日	ふりがな	性別 【※1】	年齢	就業状況 (該当に○印)【※2】	
			受講者氏名			訓練に関する経験・技能等【※3】	
M02	<記入例> 港湾料金の仕組みと収益力の改善	6/11	こうわん かいと 港湾 海翔	男	37	①正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等) 貿易事務業務 10年	
M		/				1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)	
M		/				1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)	
M		/				1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)	
M		/				1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)	
M		/				1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)	
貴社名							
担当者 及び 連絡先	ふりがな			所属部署 役職			
	氏名						
	TEL				FAX		
	メールアドレス						
所在地 (個人での申込 は住所を記載 してください)	〒					業種	
従業員数 (該当に○印)	A. 1~29、 B. 30~99、 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上						
受講区分 (該当に○印)	1. 会社からの指示による受講【※4】			2. 個人での自己受講			

(注) 受講の取り消しは、必ず開講日の15日前までをお願いします。

- ※1 性別の記入は任意としています。未記入であっても構いません。
- ※2 就業状況の非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、様々な呼称があるため、貴社の判断で差し支えありません。
- ※3 セミナーを進める上での参考とさせていただくため、今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方は、差し支えない範囲でご記入ください。(例:貿易事務業務に約10年間従事)
- ※4 受講区分の「1. 会社からの指示による受講」を選択された場合は、受講者が所属する会社の代表者の方(事業主、営業所長、工場長等)にアンケート調査へのご協力をお願いしております。  
(注) 訓練内容等のご不明な点、あるいは安全面・健康上においてご不安な点などございましたら、あらかじめご相談ください。

当機構の保有個人情報保護方針、利用目的

- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)を遵守し、保有個人情報を適切に管理し、個人の権利利益を保護いたします。  
当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。
- ご記入いただいた個人情報は能力開発セミナーの受講に関する事務処理(連絡、修了証書の交付、修了台帳の整備)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内に使用するものであり、それ以外に使用することはありません。
- 今後、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内を希望しますか。 希望する 希望しない